ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 22–10 Date de publication : 15 mai 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
CCMTMV et CCNI—DÉCLARATION PRÉLIMINAIRE CONJOINTE CONCERNANT LE VACCIN ORAL CONTRE LE CHOLÉRA	F-1	73–75
LE CHOLÉRA EN COLOMBIE-BRITANNIQUE	F-3	75–78
LE CHOLÉRA EN AFRIQUE	F-5	79
NOUVELLE VARIANTE DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (V-MCJ)—FRANCE	F-5	79–80
ANNONCE	F-6	80

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Le Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV) et le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

DÉCLARATION PRÉLIMINAIRE CONJOINTE CONCERNANT LE VACCIN ORAL CONTRE LE CHOLÉRA

Vibrio cholerae *cause une diarrhée aqueuse profuse, qui peut menacer le pronostic vital. Le vaccin injectable qui a été homologué a une efficacité limitée et il n'est pas recommandé de l'administrer aux Canadiens qui voyagent dans des zones où le choléra sévit à l'état endémique. Un vaccin oral contre le choléra, le CVD 103-HgR (Swiss Serum and Vaccine Institute), est offert au Canada par l'entremise du Programme d'autorisation des médicaments d'urgence de Santé Canada. Dans la brève déclaration qui suit et qui s'inspire de l'approche de la médecine fondée sur les preuves[1] (voir également l'Annexe I), nous traiterons de l'utilisation du produit non homologué. Une déclaration plus complète sera publiée une fois que le vaccin oral aura été autorisé. L'Organisation mondiale de la Santé n'a pas formulé de recommandation spéciale concernant l'administration de ce vaccin aux voyageurs. Pour le moment, aucun pays n'exige de preuve de vaccination contre le choléra comme condition d'entrée. De plus, aucun espace particulier n'est dorénavant prévu dans le Certificat international de vaccination pour l'inscription du vaccin contre le choléra.*

Vaccin oral contre le choléra

a) *Des études comparatives randomisées de l'innocuité* du produit ont été effectuées auprès d'au moins 4 000 sujets dans un certain nombre de régions où le choléra est endémique et non endémique[2,3,4,5,6]. Elles ont montré que le produit était bien toléré et sûr. Le tableau des effets secondaires était similaire à celui observé pour les groupes témoins (placebo), à l'exception d'une diarrhée bénigne observée chez 6,4 % des sujets vaccinés[2,3,4,5].

b) *Immunogénicité* — Plusieurs études ont mis en évidence une bonne réponse immunitaire, les taux de séroconversion atteignant plus de 90 % après une seule dose du vaccin oral[2,3,4,5,6,7,8]. La séroconversion est apparue dès le 8e jour suivant l'administration du vaccin et a duré 6 mois. Le pouvoir protecteur du vaccin a été évalué chez des volontaires participant à des études de provocation au moyen du vaccin oral; ce dernier semble conférer une protection contre le biotype classique chez 82 % à 100 % des sujets et contre le biotype El Tor chez 62 % à 67 % des participants.

Il n'existe actuellement aucun vaccin anticholérique efficace contre la souche O139 Bengal, qui est apparue récemment en Asie méridionale et s'est propagée à l'Asie du Sud-Est.

Évaluation du risque de contracter le choléra

L'utilité d'un vaccin dépend non seulement de son pouvoir protecteur et de son innocuité, mais également du risque d'infection, de l'impact de la maladie (morbidité et mortalité) et du coût du vaccin lui-même. On estime le risque d'infection cholérique chez les voyageurs européens ou nord- américains qui se rendent dans des régions où la maladie est endémique à 1 ou 2 cas pour un million de voyages[9]. Comme il a été démontré dans une analyse récente d'une décision concernant l'administration du vaccin contre le choléra[9], le risque d'infection doit être beaucoup plus élevé que les estimations récentes pour que le vaccin contre le

choléra soit une mesure de prévention rentable. À l'heure actuelle, l'administration systématique du vaccin injectable homologué pour la prévention du choléra n'est pas recommandée pour les Canadiens qui se rendent dans des zones où la maladie est endémique. Avant d'envisager d'administrer un vaccin quelconque contre le choléra, il faut effectuer une évaluation détaillée du risque personnel afin de repérer les sujets qui courent un plus grand risque de contracter cette maladie lors d'un voyage.

Prévention de la diarrhée des voyageurs au moyen du vaccin oral contre le choléra

Durant les essais portant sur l'efficacité du vaccin à vibrion entier, on a observé comme manifestation secondaire chez les vaccinés une reduction de la survenue des diarrhées causées par *Escherichia coli* entérotoxique (ECET)[10]. Il importe de faire les mises au point suivantes :

1. Il s'agit d'un vaccin différent du vaccin oral contre le choléra qui fait actuellement l'objet d'une demande d'homologation.
2. Aucune étude n'a été publiée jusqu'à ce jour sur le vaccin oral contre le choléra utilisé pour prévenir la diarrhée due à ECET chez les voyageurs.

Recommandations

1. L'utilisation du vaccin oral pour prévenir le choléra chez les voyageurs qui se rendent dans des régions où la maladie est endémique ne peut être recommandée pour le moment [fermeté de la recommandation : Catégorie C; qualité des preuves : classe II (voir également l'annexe I)][8].
2. On ne dispose pas non plus de suffisamment de données pour recommander l'utilisation du vaccin oral contre le choléra en vue de prévenir la diarrhée des voyageurs due à ECET [fermeté de la recommandation : Catégorie C; qualité des preuves : classe II (voir également l'annexe I)][9].
3. On conseille aux voyageurs de suivre les recommandations du CCMTMV pour la prévention et le traitement de la diarrhée des voyageurs [fermeté de la recommandation : Catégorie B; qualité des preuves : classe I (voir également l'annexe I)][11].

Utilisation de vaccins non homologués : On rappelle aux médecins qu'il est préférable d'obtenir un consentement éclairé par écrit avant d'administrer un produit non homologué et que la recherche et la communication de tout effet secondaire du vaccin constituent l'une des conditions du Programme d'autorisation des médicaments d'urgence.

Références

1. MacPherson DW. *Une approche de la médecine fondée sur les preuves*. RMTC 1994;20-17:145-47.
2. Cryz SJ, Levine MM, Kaper JB et coll. *Randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate the safety and immunogenicity of the live cholera vaccine strain CVD 103-HgR in Swiss adults*. Vaccine 1990;8:577-80.
3. Kotloff KL, Wasserman SS, O'Donnell S et coll. *Safety and immunogenicity in North Americans of a single dose of live oral cholera vaccine CVD 103-HgR: results of a placebo-controlled, double-blind crossover trial*. Infect Immun 1992;60:4430-32.

Annexe 1

Catégories relatives à la fermeté de chaque recommandation

CATÉGORIE	DÉFINITION
A	Preuves suffisantes pour recommander l'utilisation.
B	Preuves acceptables pour recommander l'utilisation.
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation.
D	Preuves acceptables pour déconseiller l'utilisation.
E	Preuves suffisantes pour déconseiller l'utilisation.

Catégories relatives à la qualité des preuves sur lesquelles reposent les recommandations

CLASSE	DÉFINITION
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou résultats spectaculaires d'expériences non comparatives.
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

4. Levine MM, Herrington D, Losonsky G et coll. *Safety, immunogenicity, and efficacy of recombinant live oral cholera vaccines, CVD 103 and CVD 103-HgR*. Lancet 1988;2:467-70.
5. Su-Arehawaratana P, Singharaj P, Taylor DN et coll. *Safety and immunogenicity of different immunization regimens of CVD 103-HgR live oral cholera vaccine in soldiers and civilians in Thailand*. J Infect Dis 1992;165:1042-48.
6. Suharyono, Simanjuntak C, Witham N et coll. *Safety and immunogenicity of single-dose live oral cholera vaccine CVD 103-HgR in 5 to 9-year-old Indonesian children*. Lancet 1992;340:689-94.
7. Kaper JB, Morris JG, Levine MM. *Cholera*. Clin Microbiol Rev 1995;8:48-86.
8. Tacket CO, Losonsky G, Nataro JP et coll. *Onset and duration of protective immunity in challenged volunteers after vaccination with live oral cholera vaccine CVD 103-HgR*. J Infect Dis 1992;166:837-41.
9. MacPherson DW, Tonkin M. *Cholera vaccination: a decision analysis*. Can Med Assoc J 1992;146:1947-52.
10. Peltola H, Siitonen A, Kyronseppa H et coll. *Prevention of traveller's diarrhoea by oral B-subunit/whole-cell cholera vaccine*. Lancet 1991;338:1285-89.
11. Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages. *Déclaration concernant la diarrhée des voyageurs*. RMTC 1994;20:149-55.

LE CHOLÉRA EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le présent rapport porte sur trois cas de choléra confirmés en laboratoire qui sont survenus en Colombie-Britannique au cours des 2 premiers mois de 1995. L'agent pathogène était *Vibrio cholerae* O1, biovar El Tor, sérotype Ogawa. Les organismes isolés étaient tous sensibles à la tétracycline, au triméthoprime-sulfaméthoxazole et à la ciprofloxacine.

Cas n° 1

Il s'agit d'un homme de 38 ans qui s'était rendu seul à San Salvador, en El Salvador, pour visiter sa famille. Le 13 janvier 1995, pendant le voyage de retour au Canada, il a souffert de vomissements et de diarrhée. Ses selles étaient aqueuses et il fut admis à l'hôpital quelques heures après son arrivée à la maison. On lui administra des liquides par voie intraveineuse ainsi que de la ciprofloxacine pendant les 3 jours que dura l'hospitalisation. Il a affirmé savoir qu'il y avait des cas de choléra dans les quartiers pauvres de San Salvador, c'est pourquoi il avait évité de consommer des aliments susceptibles d'être contaminés, comme les fruits de mer et les aliments proposés par des vendeurs ambulants, et avait bu surtout de l'eau embouteillée. Sa femme avait mangé des fruits séchés qu'il avait emportés de San Salvador mais n'avait éprouvé aucun malaise. Aucun autre membre de la famille en San Salvador ou en Colombie-Britannique n'avait signalé de diarrhée.

Cas n°2

Un homme de 30 ans s'était rendu en compagnie de sa femme à San Salvador, en El Salvador, pour rendre visite à sa famille. Ces personnes ne sont pas apparentées au cas n° 1. Il a commencé à souffrir de diarrhée pendant le voyage de retour en Colombie-Britannique, le 5 janvier 1995, après avoir consommé du jus d'orange et des *pupusas* (tortillas farcis) le jour précédent. Il travaillait comme cuisinier et est retourné au travail en dépit des symptômes. Son médecin de famille a demandé une culture de selles le 10 janvier en raison de la diarrhée persistante. Il a été soigné aux consultations externes et a reçu du triméthoprime-sulfaméthoxazole. Il avait rapporté dans ses bagages du fromage que des membres de sa famille avaient consommé. Aucun membre de sa famille, au San Salvador ou en Colombie-Britannique, n'affichait des symptômes de choléra.

Cas n° 3

Une femme de 78 ans s'était rendu à Bali, en Indonésie, en vacances avec son mari. Le 7 février 1995, elle a commencé à souffrir de diarrhée aqueuse et de vomissements, après avoir mangé un repas de fruits de mer à son hôtel le jour précédent. Elle était encore malade pendant le voyage de retour et a été admise directement à l'hôpital à son arrivée en Colombie- Britannique, le 11 février. Les médecins l'ont réhydratée et lui ont donné son congé 2 jours plus tard. Elle n'a pas reçu d'antibiotiques; les cultures de selles réalisées ultérieurement étaient négatives. Son mari n'a pas présenté de symptômes et les cultures de selles étaient négatives à l'égard de *V. cholerae*. Le couple avait rapporté un paquet de biscuits de l'Indonésie.

Analyse

Le choléra est une maladie quarantenaire à déclaration obligatoire à l'échelle internationale qui est assujettie au Règlement sanitaire international. Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) a déclaré ces cas à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Même s'il n'était pas tenu de le faire, il a également signalé ces cas aux autorités sanitaires américaines parce que tous les cas étaient symptomatiques pendant des escales aux États-Unis. El Salvador et l'Indonésie sont classés par l'OMS comme des pays où sévit le choléra. Toutefois, la province de Bali n'est pas considérée comme une région infectée de l'Indonésie[1].

Le choléra est transmis par des aliments et de l'eau contaminés; pour contracter cette infection, il faut généralement ingérer une grande quantité de microorganismes. Parmi les personnes infectées, environ 80 % demeurent asymtomatiques et moins de 5 % ont une atteinte grave caractérisée par des selles aqueuses volumineuses mais indolores[2]. Le traitement de choix de l'infection symptomatique est une antibiothérapie de 3 jours faisant appel à la tétracycline ou à la doxycycline; le traitement antimicrobien réduit la durée de la diarrhée et élimine les vibrions. La réhydratation demeure la pierre angulaire du traitement de toutes les maladies diarrhéiques, y compris le choléra. La réhydratation avec du lactate de Ringer par voie intraveineuse ou une solution de réhydratation par voie orale est recommandée pour le remplacement à la fois des liquides et des électrolytes. Dans les pays industrialisés, le traitement n'est pas recommandé pour les personnes exposées au choléra qui sont asymptomatiques[3,4].

Les sérogroupes O1 et O139 de *V. cholerae* qui produisent des entérotoxines ont été à l'origine d'épidémies. Le sérovar El Tor de *V. cholerae* O1 a été responsable de la septième épidémie qui a débuté en 1961 à Sulawesi, en Indonésie[2]. *V. cholerae* O1 El Tor Inaba a été à l'origine de l'épidémie survenue dans les Amériques qui débuta au Pérou en 1991[4,5]. Depuis lors, les sérotypes Inaba et Ogawa circulent tous deux dans les Amériques[6]. *V. cholerae* O139 a causé un grand nombre de cas de choléra en Asie depuis 1993[7,8]. Bien que les souches toxigènes et non toxigènes qui n'appartiennent pas aux sérogroupes O1 et O139 peuvent causer des maladies diarrhéiques sporadiques, elles ne sont pas actuellement associées à des épidémies.

En Colombie-Britannique, entre le 1er janvier 1991 et le 31 décembre 1994, seulement cinq cas de choléra ont été recensés. Quatre cas étaient dus à *V. cholerae* O1 El Tor Ogawa et étaient associés à des voyages à l'étranger. Dans deux cas, les patients ont déclaré avoir voyagé au Pérou et au Mexique. Un cas fatal a été attribué à *V. cholerae* O139 et a été associé à un voyage en Inde. Il n'y a pas de foyer endémique de choléra au Canada, tous les cas sont importés. Aux États-Unis, le taux estimatif de choléra était de 0,3 par 100 000 voyageurs rentrant d'Amérique du Sud, en 1991, et de 0,2 par 100 000 voyageurs rentrant de pays où le choléra est endémique, en 1982[9]. Les éclosions de cas de choléra aux États-Unis ont été liées à des aliments importés, notamment à des aliments que les voyageurs transportaient dans leurs bagages[9]. Ces trois cas recensés en Colombie-Britannique avaient rapporté de la nourriture du pays qu'ils avaient visité; ce qui fait ressortir l'importance pour le personnel sanitaire d'interroger spécifiquement les personnes atteintes de choléra au sujet de

l'importation informelle d'aliments et de déterminer dans quelle mesure ces aliments risquent de transmettre le choléra.

Remerciements

Nous souhaitons remercier le personnel du *Vancouver Health Department, Capital Regional District Health Department,* et *Boundary Health Unit,* D[r] J. Busser, *Langley Memorial Hospital,* et *Island Medical Laboratories* de nous avoir fourni de l'information au sujet des cas de choléra survenus en Colombie-Britannique en 1995. Nous désirons également témoigner notre reconnaissance au D[r] B. Gushulak, LLCM, pour son assistance.

Références

1. WHO. *Liste des zones infectées.* Relevé épidémiologique hebdomadaire 1994;69:370-72.
2. Black RE. *Cholera.* Dans : Last JM, Wallace RB, éds. *Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine.* 13[ième] éd. Norwalk, Conn: Appleton et Lange 1992:176-78.
3. Besser RE, Felkin DR, Eberhart-Phillips JE et coll. *Diagnosis and treatment of cholera in the United States.* JAMA 1994;272:1203-05.
4. Gotuzzo E, Cieza J, Estremadoyro L. *Cholera: lessons from the epidemic in Peru.* Infect Dis Clin North Am 1994;8:183-205.
5. CDC. *Update: Cholera - western hemisphere 1992.* MMWR 1993;42:89-91.
6. Vugia DJ, Rodriguez M, Vargas R et coll. *Epidemic cholera in Trujillo, Peru, 1992: utility of a clinical case definition and shift in* ***Vibrio cholerae*** *O1 serotype.* Am J Trop Med Hyg 1994;50:566-69.
7. CDC. *Imported cholera associated with a newly described toxigenic* ***Vibrio cholerae*** *O139 strain - California 1993.* MMWR 1993;42:501-03.
8. CDC. *Addressing emerging infectious disease threats: a prevention strategy for the United States.* MMWR 1994;43(RR-5):1-18.
9. Weber JT, Levine WC, Hopkins DP et coll. *Cholera in the United States, 1965-1991: risks at home and abroad.* Arch Intern Med 1994;154:551-56.

Source : *D[re] DH Werker, épidémiologiste fédéral pour la région de la Colombie-Britannique, AS King, Epidemiology Services, BC Centre for Disease Control, MT Kelly et T Matheson, BC Provincial Laboratory, D[re] AA Bell, épidémiologiste provincial, Vancouver (C.-B.).*

Éditorial

La septième pandémie d'infection à *Vibrio cholerae*, sérogroupe O1, biotype El Tor, a débuté en Indonésie, en 1961. En 1991, elle avait atteint l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, où la maladie était de retour après un siècle d'absence[1]. En 1994, 94 pays ont déclaré environ 384 403 cas de choléra à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)[1]. La même année, on a dénombré 10 692 décès dus au choléra[1]. Des cas sont toujours signalés dans les régions des États nouvellement indépendants de l'ex-URSS[2].

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a indiqué récemment que 6 ans après le début de l'épidémie dans l'hémisphère occidental, le choléra continue de se propager en Amérique latine. Depuis le début de l'épidémie, au Pérou, en 1991, on a signalé plus de 1,3 million de cas et 11 339 décès en Amérique centrale et en Amérique du Sud. En 1995, 85 802 cas et 847 décès ont été recensés par 14 pays de la région, ce qui représente une baisse par rapport à l'année précédente, alors que 195 574 cas et 1 321 décès avaient été déclarés[3].

En 1995, huit cas de choléra importés au Canada ont été signalés par trois provinces aux Services de quarantaine du Laboratoire de lutte contre la maladie. Les sujets, quatre femmes et quatre hommes, avaient entre 5 et 78 ans. Trois d'entre eux avaient contracté la maladie en El Salvador; trois à Bali, en Indonésie; un au Mexique; et l'origine du dernier cas était inconnue. Les cultures ont mis en évidence *Vibrio cholerae*, sérogroupe O1, biotype El Tor. Si certains facteurs de risque, notamment la consommation de fruits de mer crus, ont été relevés chez 1 cas, on ignore comment les autres sujets ont contracté la maladie.

Comme nous l'avons indiqué dans l'article joint, le choléra demeure l'une des trois maladies transmissibles à déclaration obligatoire à l'échelle internationale, en vertu du *Règlement sanitaire international*, les deux autres étant la peste et la fièvre jaune. Après avoir été informée que certaines personnes avaient contracté le choléra à Bali, l'OMS a dépêché un consultant dans la région et l'a chargé d'évaluer la situation avec les responsables gouvernementaux locaux. On n'a découvert aucun foyer localisé de maladie, et Bali demeure officiellement une zone non infectée[4].

Le choléra suscite toujours de vives inquiétudes, en raison de ses répercussions non seulement sur la santé, mais aussi sur la commercia- lisation des denrées alimentaires et sur le tourisme. Observé pour la première fois en Asie en 1992, le sérogroupe Bengal O139 a franchi aisément les frontières grâce aux moyens de transport modernes, pour être isolé quelques mois plus tard en Europe et en Amérique du Nord. La propagation rapide de cette maladie dans le monde est devenue un modèle qui permet d'évaluer les répercussions potentielles des maladies infectieuses émergentes[5].

L'approche privilégiée à l'égard des voyageurs qui se rendent dans les régions endémiques consiste à recommander une réduction du risque au moyen de modifications du comportement — ne pas consommer d'eau non purifiée, de fruits de mer crus ou insuffisamment cuits — et à prendre d'autres mesures de sensibilisation. Il n'est pas indiqué de vacciner systématiquement la plupart des voyageurs, et les personnes qui se rendent à l'étranger ne sont pas tenues de détenir une preuve de vaccination contre la maladie. La vaccination pourrait être recommandée chez les personnes qui prévoient être en contact étroit avec la population locale dans les régions où l'incidence du choléra est élevée, par exemple les professionnels de la santé ou les personnes qui travaillent dans les camps de réfugiés.

Références

1. Kaper JG, Morris JG, Levine MM. *Cholera.* Clin Microbiol Rev 1995;8:48-86.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Choléra en 1994.* Relevé épidémiologique hebdomadaire 1995;70:201-08.
3. PAHO. *Cholera situation in the Americas.* Update Number 14, 1996, Washington, DC.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Critères appliqués pour la compilation de la liste des zones infectées.* Relevé épidémiologique hebdomadaire 1995;70:95.
5. Centers for Disease Control and Prevention. *Assessing emerging infectious disease threats: a prevention strategy for*

the United States. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1994.
6. Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien de l'immunisation*. 4e éd. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 1993. (Approvisionnements et Services Canada, n° de cat. H49-8/1993F).

Notes internationales

LE CHOLÉRA EN AFRIQUE

Plusieurs pays d'Afrique occidentale ont signalé des cas de choléra à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pendant les 2 premiers mois de 1996 et bien que certains d'entre eux aient enregistré des chiffres plus élevés que d'habitude, des mesures de lutte ont été instituées. Les médias ont rendu compte de ces flambées de diverses manières, mais leurs rapports ont de toute façon suscité des craintes parmi les voyageurs à destination de ces pays.

L'OMS désire rappeler une fois de plus aux voyageurs que des flambées de choléra ne devraient pas les empêcher de se rendre dans un pays à condition de prendre les précautions habituelles concernant la nourriture et l'eau de boisson. Ces précautions sont les suivantes :

- **Ne buvez que de l'eau bouillie ou désinfectée par le chlore ou l'iode**. On trouve un peu partout en pharmacie des produits pour désinfecter l'eau. Des boissons comme le thé ou le café chauds, le vin, la bière, l'eau gazeuse ou les boissons sans alcool en bouteille, les jus de fruits en boîte, en bouteille ou en brique peuvent généralement être consommées sans danger.
- **Ne prenez pas de glace, à moins d'être sûr qu'elle a été fabriquée avec de l'eau saine**.
- **Ne mangez que des aliments bien cuits et servis encore chauds**. Des plats cuits, gardés plusieurs heures à température ambiante et servis sans avoir été de nouveau chauffés peuvent constituer une importante source d'infection.
- **Évitez de consommer du poisson ou des fruits de mer crus**, ou d'autres aliments crus, sauf des fruits ou des légumes que vous aurez vous-même pelés ou écossés. Rappelez-vous : faire cuire, peler, ou ne pas toucher.
- **Faites bouillir le lait non pasteurisé avant de le boire**.
- **Les glaces (crèmes glacées) de source douteuse sont souvent contaminées et peuvent être à l'origine de maladies. S'il y a le moindre doute, n'en mangez pas**.
- **Si vous achetez votre repas à un vendeur de rue, veillez à ce que les aliments soient bien cuits devant vous et qu'ils ne contiennent aucune denrée crue**.

Veillez à ce que vos éventuels compagnons de voyage—membres de votre famille ou autres—appliquent eux aussi ces précautions. Le risque d'infection est faible pour les enfants < 6 mois d'âge nourris exclusivement au sein (ne recevant pas d'autres aliments ou boissons).

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 10, 1996.*

NOUVELLE VARIANTE DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB (V-MCJ)—FRANCE

La description au Royaume-Uni d'une nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (V-MCJ) a conduit à réexaminer les cas identifiés en France ces dernières années. En 1992-1994, outre les cas observés sur des sujets traités autrefois par hormone de croissance extractive, 135 cas ont été reconnus (soit une incidence annuelle de 0,8 cas par million d'habitants). Sur les cinq cas concernant des sujets jeunes, deux étaient d'origine génétique et un était consécutif à une greffe de dure-mère d'origine humaine; aucun facteur de risque iatrogène ou génétique n'a été retrouvé pour deux cas :

- un homme de 37 ans, pour lequel on ne dispose d'aucun résultat d'enquête ou de prélèvement;
- un homme de 26 ans, décédé récemment à Lyon et chez lequel les données histopathologiques montrent qu'il s'agit d'un cas similaire à ceux qui ont été signalés au Royaume-Uni. Le cas fait encore l'objet d'investigations et l'on ne peut en tirer aucune conclusion supplémen- taire pour l'instant.

Le dispositif de protection mis en place en France dès 1990 est périodiquement réévalué, et les recommandations de l'OMS sont appliquées rigoureusement. La MCJ a été classée parmi les maladies à déclaration obligatoire; la création d'un comité d'experts auprès du Ministère de la Santé et la réévaluation neuropathologique des cas observés ces dernières années aideront à identifier des cas nouveaux ou des éléments passés inaperçus jusqu'ici concernant cette maladie rare.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 16, 1996.*

Annonce

LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRES DE BIOSÉCURITÉ EN LABORATOIRE

La deuxième édition de ces lignes directrices a été mise à jour à la lumière des exigences reconnues actuellement en matière de confinement et de pratiques opérationnelles et elle est conforme aux pratiques utilisées dans le monde entier. La législation actuelle concernant les laboratoires de microbiologie est également incluse.

L'objectif de ces lignes directrices est de fournir un document technique aux personnes qui conçoivent, construisent ou exploitent des laboratoires où l'on utilise des agents pathogènes pour les humains à des fins de recherche ou de développement ainsi qu'aux personnes qui y travaillent. Le document traite donc principalement de l'utilisation des bactéries, virus, parasites, mycètes et autres agents infectieux qui sont pathogènes pour les humains et de la façon correcte de les manipuler selon la catégorie de risque qu'ils présentent.

Les personnes intéressées peuvent obtenir des copies de la deuxième édition en transmettant une demande **par télécopieur** au **Bureau de biosécurité, Laboratoire de lutte contre la maladie, (613) 941-0596**.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Editique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique N° de téléphone : (613) 731-9331, poste 2028
Association médicale canadienne Télécopieur : (613) 731-9102
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.